V
Psihoterapia cognitiv-comportamentală a agorafobiei și a atacurilor de panică

Atacurile de panică sunt definite ca reprezentând apariții bruște sau intensificări bruște ale anxietății, acompaniate de cel puțin 4 până la 13 simptome somatice și/sau psihice (Manualul Diagnostic și Statistic DSM IV, APA, 1994).

Simptomele somatice mai frecvent întâlnite sunt: palpitații, amețeli, transpirații abundente, senzație de sufocare, dificultăți în respirație, tremor și senzație de derealizare, iar simptomele psihice se referă mai ales la teama subiectului că va muri, că va face un atac de cord sau un atac cerebral, că se va sufoca, va leșina sau va muri. Există și situații în care se manifestă mai puțin de 4 simptome, și în acest caz avem de-a face cu atacuri cu simptome limitate (Wells, 1999).

Observațiile clinice au evidențiat atacuri care apar în anumite situații, în timp ce altele au un caracter spontan, declanșându-se parcă din senin. Pentru a putea diagnostica tulburarea de tip atac de panică în conformitate cu criteriile DSM IV (APA 1994) este necesar ca subiectul să fi suferit cel puțin două atacuri de panică recurente și neașteptate, urmate de o perioadă de aproximativ o lună în care acesta să-și fi făcut griji permanent în legătură cu posibilitatea apariției unui nou atac sau în care s-au produs modificări evidente în sfera comportamentală legate de apariția atacurilor respective.

În terapia atacurilor de panică este necesar să se aibă în vedere și excluderea unor factori organici, care se referă la consumul de cofeină sau amfetamine, stări de intoxicație sau hipertiroidie.

Subliniem, de asemenea, faptul că fenomene asemănătoare cu atacul de panică pot apărea și în cursul altor tulburări anxioase, cum ar fi fobia socială sau claustrofobia, atunci când pacientul se confruntă cu situațiile anxiogene. În unele cazuri, atacurile de panică se manifestă

noaptea, când subiectul se trezește brusc din somn și este cuprins de o stare de anxietate intensă.

Există și o strânsă relație între agorafobie și atacurile de panică: mulți agorafobici prezintă și atacuri de panică, după cum unii subiecți cu atacuri de panică dezvoltă un comportament de tip agorafobic evitând situațiile în care cred că s-ar putea produce un atac de panică, fapt ce contribuie la o limitare serioasă a stilului lor de viață.

Agorafobia este definită, conform Manualului Diagnostic și Statistic (DSM IV), ca reprezentând anxietatea resimțită de subiect atunci când se află în locuri sau situații din care ar fi dificil sau jenant să iasă sau în care nu dispune de un ajutor din afară în cazul producerii unui atac de panică situațional sau neașteptat.

Acum 10 ani, Lena, o profesoară în vârstă de 26 de ani, a suferit primul atac de panică. Ea stătea la coadă și dintr-odată i s-au muiat picioarele, inima a început să-i bată cu putere și a avut o puternică senzație de ameteală. Din acel moment viața Lenei s-a schimbat, ea fiind mereu frământată de două întrebări: „Oare mi se va face rău?" și „Ce pot să fac pentru a evita ca situația să se mai repete?" Ea a început să evite toate situațiile din care nu putea ieși foarte repede: să călătorească cu mijloace de transport aglomerate, cu metroul, cu avionul, să meargă la spectacole și, în cele din urmă, chiar să meargă singură pe stradă. Din cauza problemelor sale ea a trebuit să renunțe la o bursă în străinătate și în cele din urmă chiar la serviciu, fapt ce a făcut-o să se simtă și mai nefericită.

Diagnosticul pus de psihiatru în acest caz este cel de agorafobie cu atacuri de panică și se caracterizează prin frica invalidantă pe care o simte subiectul ori de câte ori se află în afara casei, unde se simte în siguranță. Frica se declanșează mai ales când aceasta se află în locuri de unde nu poate ieși repede sau unde nu poate primi imediat un ajutor. Această frică este atât de puternică, încât ia forma unui atac de panică.

Agorafobia este considerată de specialiști ca fiind cea mai răspândită și mai invalidantă fobie (Marks, citat de Fensterheim și Baer, 1977).

Fensterheim și Baer (1977) subliniază faptul că un pacient suferind de atacuri de panică trebuie să afle următoarele:

1. Primul atac de panică atinge intensitatea maximă. Aceasta înseamnă că subiectul nu trebuie să se aștepte că atacurile sale vor crește în intensitate și că el se va simți din ce în ce mai rău. Următoarele atacuri pot să fluctueze în jurul celui de amplitudine maximă.

2. Subiectului trebuie să i se explice clar și cu argumente că nu are o boală de inimă, o tumoră cerebrală sau epilepsie.

3. Teama cea mai teribilă a pacientului este că *va face un atac de panică*. Din acest motiv, mulți autori au tendința de a înlocui termenul de agorafobie cu cel de stare anxioasă cu caracter fobic. Agorafobicii se simt mai în siguranță atunci când se află aproape de ieșirea dintr-o clădire (magazin, cinematograf), când există un telefon la îndemână sau când apartamentul în care locuiesc sau pe care-l vizitează se află la parter.

De asemenea, ei preferă străzile mai puțin aglomerate, mijloacele de transport cu opriri frecvente (deși unii dintre ei nu pot călători deloc cu mijloace de transport în comun), se simt mai în siguranță în apropierea unor unități sanitare, secții de poliție sau locuinței unor cunoscuți, locuri în care ei sunt convinși că pot primi ajutor și sunt dependenți de anumite persoane cărora le cer să-i însoțească pretutindeni, ceea ce creează mari dificultăți familiei.

Acești pacienți pun în acțiune mecanismele de evitare, asociind producerea atacului de panică cu situația în care acesta s-a produs, fapt ce are drept consecință evitarea respectivelor locuri sau situații. Deoarece atacul de panică se poate produce în multe locuri sau situații, subiecții ajung să extindă din ce în ce mai mult comportamentul de evitare, unii dintre ei fiind în situația de a nu mai părăsi locuința.

4. Agorafobicii cu sau fără atacuri de panică se tem să ia medicamente pentru că acestea au efecte secundare (senzație de oboseală, transpirații etc.), iar subiecții sunt atât de sensibili la orice senzație corporală, încât refuză orice medicament, inclusiv aspirină. Există și situația inversă, unii agorafobici devenind dependenți de tranchilizante și/sau alcool.

5. Persoana suferă de dispoziție depresivă, care poate avea originea atât în situația de agorafobie, situație ce conduce la un stil de viață restrictiv, cât și în sentimentul de pierdere a autostimei. Subiectul trăiește tensional faptul că toți ceilalți oameni pot face o serie de lucruri pe care el nu le poate face.

6. Pacientul se simte epuizat, lipsit de energie, incapabil să se mobilizeze pentru a întreprinde ceva important. El elaborează planuri de viitor, la care renunță însă foarte repede. „Nu pot să-mi planific nimic dinainte — spunea o agorafobică. Dacă mă voi simți rău în ziua respectivă, nu mă voi duce acolo unde mi-am propus."

7. Agorafobicul se simte neînțeles de cei din jur.

O altă agorafobică relata: „Soțul meu mă ajută și are grijă de mine, dar el s-a săturat de toată situația asta".

De regulă, partenerul de viață al agorafobicului ajunge, în cele din urmă, fie să se sature sau să se enerveze din cauza solicitărilor exagerate ale pacientului, fie dezvoltă un comportament excesiv de protector față de acesta. Trebuie subliniat însă că și în acest din urmă caz în spatele comportamentului protector se poate ascunde un resentiment mascat. Există și cazuri, foarte rare, când soțul obține mari satisfacții de pe urma dependenței soției agorafobice; în momentul în care aceasta își ameliorează starea în urma psihoterapiei, el manifestă tendința de a căuta altă femeie dependentă.

8. Stilul de viață al subiectului devine foarte restrictiv, în sensul că nu poate merge la serviciu, la cumpărături, la teatru, la petreceri.

9. Mulți agorafobici manifestă tendința de a-și disimula simptomele. Aurelia, o încântătoare artistă plastică, soție de demnitar, nu a mai ieșit din casă singură de zece ani. Ea a pus la punct un întreg sistem de scuze și minciuni pentru a-i face pe prieteni s-o însoțească („Tocmai mi s-a stricat mașina, nu vii să mă iei?"), astfel încât niciunul dintre cunoscuții ei nu este la curent cu problemele și dificultățile pe care le întâmpină.

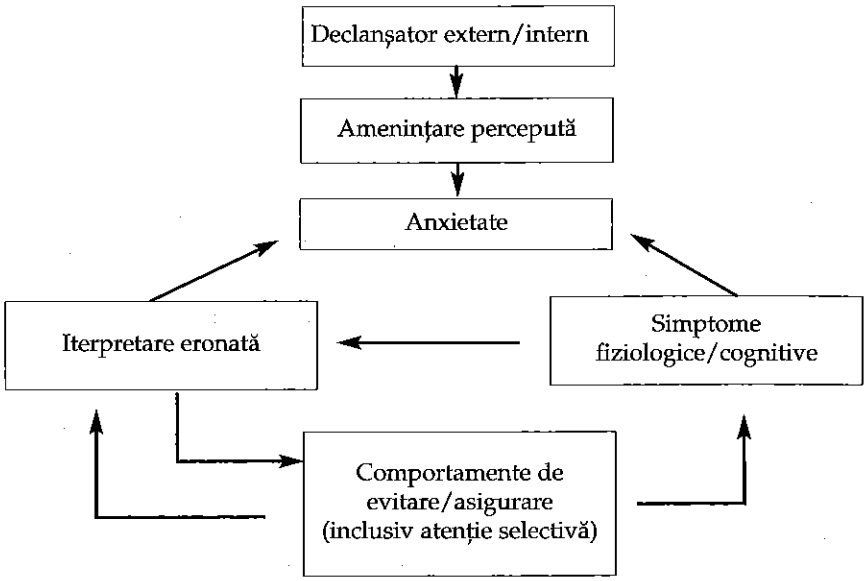
10. Agorafobicul își pune în permanență întrebări de genul: „Ce se va întâmpla dacă fac un atac de panică?" sau „De ce mi se întâmplă aceasta tocmai mie?" etc. Din acest motiv, psihoterapiile de profunzime, centrate pe cauzele care au produs tulburarea, sunt foarte căutate de acești pacienți.

Modelul cognitiv al atacului de panică

Beck și colaboratorii (1985) și Clark (1986) sunt de părere că pacienții care suferă de atacuri de panică se tem de anumite senzații corporale sau anumite stări psihice. Modelul cognitiv propus de Clark (1986; 1988) postulează faptul că la baza atacului de panică se află o succesiune de evenimente care formează un cerc vicios și care presupune interpretarea catastrofizantă a unor simptome fiziologice sau psihice, considerate ca semne ale unei catastrofe iminente. De pildă,

palpitațiile vor fi interpretate de subiect ca fiind simptomele unui atac de cord, amețelile ca semn că subiectul va leșina, iar dificultățile de concentrare a atenției ca simptome ale unui acces de nebunie.

Modelul cognitiv al atacului de panică (după Clark, 1986 și Wells, 1999)



În cadrul acestui model, o serie de stimuli de natură internă sau externă, care sunt percepuți de subiect ca fiind amenințători, vor conduce la declanșarea anxietății cu simptomele fiziologice specifice acesteia. Dacă simptomele respective vor fi interpretate de subiect ca fiind semnele unui posibil dezastru, se va produce o accentuare a anxietății și acesta va fi prins într-un cerc vicios, care va culmina cu atacul de panică. Odată declanșat, acesta va fi menținut de cel puțin trei elemente: atenția selectivă îndreptată asupra senzațiilor fiziologice, comportamentele de asigurare și comportamentele de evitare (Clark, 1988; Salkovskis, 1991; Wells, 1990).

Atenția selectivă față de anumite senzații corporale poate scădea pragul perceperii acestui tip de senzații, accentuând intensitatea lor subiectivă. Din acest motiv, pacientul va fi mai înclinat să interpreteze în mod eronat aceste fenomene și va intensifica acțiunile de asigurare, pentru a preîntâmpina producerea așa-ziselor catastrofe. Aceste

conduite îl vor împiedica să infirme convingerile legate de producerea evenimentelor negative de care se teme și vor intensifica, la rândul lor, senzațiile fiziologice anxiogene.

Astfel, de pildă, pacienții care interpretează slăbiciunea din picioare ca pe un semn de leșin vor avea tendința să se așeze pe scaun, să se sprijine de ziduri, să se întindă pe jos sau să încordeze mușchii pentru a preveni producerea leșinului.

Efectul negativ al conduitelor de asigurare este și mai evident la subiecții care interpretează unele dificultăți respiratorii ca pe un semn că se vor sufoca. Încercând să-și controleze respirația, aceștia vor genera simptome specifice hiperventilației: amețeli, senzație de disociere și în cele din urmă o îngreunare și mai accentuată a respirației.

Putem afirma că aceste comportamente de asigurare mențin atacul de panică prin intermediul următoarelor mecanisme:

- împiedică infirmarea gândurilor legate de interpretările eronate ale unor senzații fiziologice pentru că nonapariția catastrofei de care se teme bolnavul este pusă pe seama acestor comportamente și nu pe seama faptului că anxietatea nu produce niciun fel de dezastru în plan fizic;
- anumite comportamente de asigurare chiar exacerbează anumite simptome fizice și psihice;
- evitarea situațiilor anxiogene menține tulburarea de tip atac de panică pentru că limitează posibilitățile subiectului să trăiască starea de anxietate și să descopere singur că aceasta nu produce niciun fel de catastrofă.

Evaluarea atacului de panică din cadrul terapiei cognitiv-comportamentale urmărește obținerea unor informații referitoare la natura interpretărilor catastrofizante, descrierea în detaliu a senzațiilor corporale de care se teme subiectul, precum și precizarea naturii comportamentelor de evitare-asigurare. Trasarea modelului cognitiv al atacului de panică se realizează după identificarea secvenței de evenimente care apar în cazul unui atac specific de panică de dată recentă, care va fi analizat de către terapeut împreună cu pacientul.

Prezentăm mai jos modelul atacului de panică realizat pentru Laura, ingineră în vârstă de 32 de ani. Dialogul purtat de terapeut cu pacienta poate îmbrăca forma următoare:

Terapeutul: Când a avut loc ultimul tău atac de panică?

Laura: Ieri-dimineață. Mi-a fost foarte rău.
T: Aș dori să-mi povestești cu lux de amănunte ce ți s-a întâmplat. Cele petrecute îți sunt clare în minte?
L: Cred că da.
T: A fost vorba de un atac de panică obișnuit?
L: Da, dar am avut în trecut stări și mai rele.
T: Hai să analizăm împreună cele întâmplate. Unde te aflai și ce făceai înainte ca atacul de panică să se producă?
L: Mă aflam la firmă și vorbeam la telefon cu un client când mi s-a făcut rău dintr-odată.
T: Care a fost primul lucru pe care l-ai remarcat ? Ai simțit vreo senzație sau ți-a venit în minte vreun gând?
L: M-am simțit puțin ametită; parcă pluteam și parcă eram desprinsă de realitate.
T: Atunci când ai remarcat faptul că trăiești o senzație de irealitate, ce gânduri ți-au venit în minte?
L: M-am întrebat ce va fi dacă voi face un atac de panică.
T: Când ți-a trecut prin minte acel gând, ce ai simțit?
L: M-am simțit foarte speriată de faptul că voi declanșa un atac puternic de panică.
T: Te-ai simțit foarte anxioasă, nu-i așa?
L: Da, m-am gândit că ar putea fi un atac puternic de panică și mi-am dorit să ies din situație.
T: Ce senzații ai trăit atunci când te-ai simțit speriată?
L: Am început să tremur și inima a început să-mi bată tot mai tare.
T: Ai remarcat și alte senzații? Ce s-a întâmplat cu senzația de irealitate?
L: A fost mult mai rău, am început să am și dificultăți de repirație.
T: Atunci când ai simțit toate acele senzații: tremurături, puls accelerat, senzație de irealitate și senzație de sufocare, ce gânduri ți-au trecut prin minte?
L: Am gândit că începe atacul de panică și că nu mă pot controla.
T: Te-ai gândit că s-ar putea întâmpla ceva foarte rău?
L: Da, am gândit că voi muri.
T: Și cum ai crezut că vei muri?
L: Am gândit că voi face un atac de cord.
T: Ce s-a petrecut cu anxietatea ta atunci când ai gândit toate acestea?
L: A fost și mai rău, chiar am intrat în panică.
T: În plin atac de panică, evaluează pe o scală de la 0 la 100 cât de mult credeai că vei face un atac de cord.
L: Credeam în proporție de 80%.

Dialogul prezentat mai sus permite pacientului și terapeutului să identifice comportamentele ciclului prin intermediul căruia se formează și se menține atacul de panică. În acest caz, declanșatorul a fost

trăirea unui sentiment de irealitate, moment în care a apărut gândul negativ automat: „Ce se va întâmpla dacă voi face un atac de panică?" În acest moment se declanșează anxietatea cu senzațiile asociate (tahicardie), urmate de interpretarea catastrofizantă („O să fac un atac de cord!"), fapt ce contribuie la o creștere și mai accentuată a anxietății.

Punctul de pornire al terapiei este adresarea de provocări și înlăturarea interpretărilor eronate ale fenomenelor fiziologice trăite de subiect. Odată evidențiat cercul vicios specific atacului de panică, urmează identificarea comportamentelor de asigurare puse în acțiune de pacient. Aceste comportamente pot să fie explicite, ca în cazul agorafobiei, când persoana renunță să iasă din casă, sau implicite, ca în cazul celor care evită să practice exerciții fizice deoarece se tem că vor face un atac de cord.

În cele mai multe cazuri simpla întrebare „Ce tipuri de comportamente eviți atunci când te cuprinde teama?" este suficientă pentru a evidenția conduitele de asigurare. Terapeutul va adresa apoi și alte întrebări pentru a obține mai multe detalii cu privire la comportamentele de evitare puse în acțiune de pacient.

Prezentăm mai jos un exemplu de dialog terapeutic menit să evidențieze comportamentele de asigurare.

T: Atunci când te simți anxioasă și ești convinsă că vei face un atac de cord, întreprinzi ceva pentru a te proteja, pentru a preveni producerea atacului de cord?
P: Încerc să mă relaxez și să-mi liniștesc bătăile inimii.
T: Ce faci pentru a te relaxa și pentru a-ți calma bătăile inimii?
P: Îmi spun în gând că trebuie să mă destind și încerc să respir adânc și mai rar.
T: Se pare că ți-ai pus la punct o anumită strategie pentru a-ți controla anxietatea. Cât de mult crezi că dacă nu vei aplica strategia ta se va întâmpla ceva îngrozitor, ca de pildă declanșarea unui infarct?
P: Cred că voi face un atac de cord sau voi leșina.
T: Apreciază pe o scală de la 0 la 100 cât de mult crezi că vei leșina sau vei face un atac de cord.
P: Cam în proporție de 60%.

În continuare terapeutul îl va ajuta pe pacient să includă și comportamentele de asigurare în cadrul cercului vicios al formării atacului de panică.

Cercul vicios al atacului de panică (adaptat după Wells, 1999)

Terapeutul va oferi în continuare explicații referitoare la modul în care atacurile de panică se datorează interpretărilor catastrofizante ale senzațiilor fiziologice firești, precum și modului în care comportamentele de asigurare nu fac decât să mențină tulburarea.

Același autor (Wells, 1999) ne prezintă câteva exemple de senzații fiziologice, interpretări catastrofizante și comportamente de asigurare/evitare.

Senzații	Interpretări eronate	Comportamente de asigurare
Palpitații Durere în piept	Atac de cord Moarte	Relaxare. Reducerea ritmului cardiac. Subiectul se așază. Evită efortul fizic.
Senzație de irealitate (de disociere).	Pierderea controlului Nebunie	Face eforturi să-și păstreze controlul. Verifică memoria, caută să-și controleze gândurile. Caută posibilități de a ieși din locul respectiv
Dificultăți de respirație	Sufocare	Respiră adânc. Se plasează la un geam deschis. Iese la aer. Utilizează tablete mentolate.
Ameteli	Leșin	Controlează respirația. Se așază. Se sprijină de cineva sau de ceva. Evită să iasă singur.

Terapeutul va insista asupra faptului că interpretările catastrofizante conduc la o descărcare de adrenalină care va exacerba anxietatea.

Tehnici psihoterapeutice utilizate în cazul atacurilor de panică

I. Strategii de conștientizare

1. Metoda cuvintelor pereche (Clark și alții, 1988) are menirea de a evidenția efectul gândurilor asupra anxietății și senzațiilor fiziologice specifice acesteia. Ideea de la care se pornește este că simplul gând legat de o posibilă catastrofă poate declanșa reacții fiziologice și anxietate accentuată. Sarcina se prezintă pacientului fără a i se oferi explicații referitoare la ce anume se urmărește.

Acesta este solicitat să citească perechi de cuvinte cu voce tare și să se concentreze asupra semnificațiilor acestora. Perechile de cuvinte se prezintă la un interval de 5–10 secunde și sunt de tipul următor:

Ameteală – leșin
Palpitații – atac de cord
Senzație de irealitate – nebunie
Slăbiciune – leșin
Dificultăți de respirație – sufocare etc.

După ce a citit perechile de cuvinte timp de câteva minute, pacientul este întrebat dacă a simțit ceva deosebit în timpul desfășurării experimentului. În cele mai multe cazuri pacienții relatează că au perceput o anxietate difuză însoțită de anumite senzații fiziologice, mai rar înregistrându-se apariția unei anxietăți mai accentuate. I se cere apoi pacientului să interpreteze aceste fenomene în termenii modelului cognitiv specific al atacului de panică.

În cazul în care exercițiul nu dă rezultate, terapeutul va renunța la acesta, oferind explicația că a dorit să testeze reacția pacientului la lectura unor materiale anxiogene și afirmând că lipsa reacției este un semn pozitiv că terapia va da rezultatul scontat.

2. Concentrarea atenției asupra senzațiilor corporale

Obiectivul acestei metode constă în a demonstra că atenția selectivă îndreptată spre interior contribuie la o conștientizare mai accentuată a senzațiilor fiziologice, fapt ce are drept consecință exacerbarea acestora. Se poate cere, de pildă, subiectului să se concentreze

asupra bătăilor inimii. La majoritatea persoanelor anxioase se va constata o accelerare a ritmului cardiac.

3. Exerciții de accentuare a comportamentelor de asigurare

Terapeutul va manipula în timpul ședinței de psihoterapie unele comportamente de asigurare utilizate de pacient, pentru a-i demonstra modul în care acestea contribuie la menținerea și chiar la intensificarea senzațiilor fiziologice specifice anxietății. Se va atinge și problematica modului în care aceste conduite împiedică și infirmarea veridicității gândurilor catastrofizante.

Astfel, de pildă, unui pacient suferind de atacuri de panică și care utilizează respirația profundă controlată pentru a preîntâmpina o presupusă sufocare i se poate cere să respire mult mai profund și mai amplu, efectul fiind apariția amețelii, palpitațiilor, senzației de leșin, dificultăților de vedere și senzației de slăbiciune. Terapeutul va explica faptul că, deși pacientul nu va respira atât de amplu pentru a preîntâmpina producerea catastrofei de care se teme, exercițiul a fost utilizat pentru a demonstra ce anume se poate întâmpla: că și unele modificări minore la nivel fiziologic produse de oscilații ale ritmului respirator devin mai evidente în timpul unui atac de panică, atunci când anxietatea este activată.

4. Utilizarea unor metafore menite să-i determine pe pacienți să renunțe la comportamentele de asigurare

Prezentăm în cele ce urmează un exemplu de metaforă de acest tip (Wells, 1999): „Există unii oameni care se tem de vampiri și care devin foarte speriați atunci când se apropie noaptea. Pentru a se proteja, ei țin prin preajma lor căței de usturoi. Desigur că nimeni nu a văzut până acum vreun vampir, așa că probabil usturoiul lucrează. Ce credeți că ar trebui să întreprindă astfel de oameni pentru a se convinge de faptul că nu există vampiri?"

II. Strategiile de reatribuire

Strategiile de reatribuire au rolul de a construi un set cognitiv care să faciliteze realizarea experimentelor de infirmare a gândurilor și convingerilor negative generatoare de anxietate, cunoscut fiind faptul că obiectivul terapiei cognitive în cazul atacurilor de panică rezidă în reducerea interpretărilor eronate ale senzațiilor fiziologice, precum și în eliminarea comportamentelor de evitare/asigurare.

III. Experimente în sfera comportamentală

Acestea implică producerea voluntară a unor senzații fiziologice asociate cu anxietatea, în vederea infirmării convingerilor negative în legătură cu producerea unor posibile catastrofe.

Wells (1999) este de părere că utilizarea unor tehnici de reducere a simptomelor, cum ar fi, de pildă, relaxarea sau hipnoza, nu este indicată în cadrul acestui tip de psihoterapie deoarece acestea se pot transforma în comportamente de asigurare. Cu toate acestea, experiența noastră clinică (Holdevici, 1999, 2000) a demonstrat că aceste tehnici s-au dovedit utile, fiind aplicate independent de experimentele din sfera comportamentală, mai ales atunci când se utilizează în calitate de sugestii gândurile raționale alternative. Mai mult, există situații în care pacienții prezintă și probleme somatice reale, situație în care provocarea voluntară a simptomelor este contraindicată.

Exercițiile de provocare a reacțiilor de panică se referă la inducerea în cadrul cabinetului de psihoterapie a unor senzații asemănătoare celor pe care pacienții au tendința de a le interpreta în mod catastrofizant. Pentru succesul demersului terapeutic, este necesară o cunoaștere în detaliu a senzațiilor de care se teme pacientul, precum și a interpretărilor eronate pe care le conferă el acestor senzații.

Așa cum am mai subliniat, obiectivul acestor experimente constă în infirmarea credințelor absurde legate de faptul că s-ar putea produce anumite catastrofe de care subiectul se teme. Pentru succesul terapiei, convingerile pacienților cu privire la posibilitatea producerii evenimentelor negative de care se tem trebuie testate înainte și după aplicarea tehnicii.

Trebuie să recunoaștem că experimentele de provocare a unui atac de panică declanșează anxietatea nu numai la pacient, ci și la psihoterapeut, care poate avea rezerve în a-i provoca pacientului său o stare de disconfort, terapeutul temându-se că pacientul va declanșa un atac de panică ce nu va putea fi ținut sub control.

Wells (1999) consideră că și psihoterapeutul, la rândul său, trebuie să combată unele convingeri disfuncționale și lipsite de logică de tipul: „Trebuie ca întotdeauna să-l fac pe pacientul meu să se simtă mai bine și nu mai rău", „Dacă îi voi cere pacientului meu să facă un anumit lucru care nu îi este pe plac, acesta se va supăra pe mine", „Dacă îi voi cere pacientului meu să facă un anumit lucru, acesta va abandona tratamentul", „Dacă voi face în așa fel

încât pacientul meu să intre în panică, eu nu voi putea ține situația sub control", „Ce se va întâmpla dacă pacientul meu își va pierde controlul?"

Cel mai frecvent experiment de provocare voluntară a atacului de panică este hiperventilația. Prin intermediul acesteia se poate provoca subiectului senzație de ameteală, de leșin, de disociere psihică, modificări în sfera vizuală, tahicardie și chiar dificultăți respiratorii. Sarcina este administrată tocmai pentru a infirma interpretările eronate conferite de subiect simptomelor respective. Pacientului i se cere să stea în picioare și să realizeze un număr de inspirații forțate un timp suficient de lung ca să se convingă de faptul că nu se va întâmpla nimic rău.

Experimentul de hiperventilație poate fi combinat cu tehnici de contracarare a comportamentelor de evitare/asigurare. Astfel, dacă teama cea mai puternică a pacientului este legată de ideea că va înnebuni, iar comportamentele de evitare au drept obiectiv să-și controleze mentalul, terapeutul îi poate cere să realizeze exerciții de hiperventilație în același timp cu tentativa de pierdere a autocontrolului (să deruleze în minte gânduri nebunești).

În cazul în care care teama principală este legată de pierderea autocontrolului în sfera comportamentală, i se poate cere subiectului să realizeze manevre de hiperventilație în același timp cu o serie de acțiuni necontrolate, cum ar fi gesturi ciudate sau strigăte. Metoda hiperventilației nu trebuie utilizată la pacienții cardiaci, hipertensivi, astmatici sau la femeile însărcinate.

Sarcinile comportamentale referitoare la exerciții fizice sunt indicate mai ales atunci când efortul fizic este evitat de către pacient, care se teme că ar putea suferi un atac de cord. Se recomandă pacienților în cauză să practice alergarea, mersul vioi, urcatul scărilor, săritul corzii sau alte tipuri de exerciții asemănătoare pentru a infirma convingerile negative în legătură cu posibilitatea producerii unor accidente somatice grave (atac cerebral sau infarct).

În unele cazuri, senzațiile care sunt interpretate greșit sunt cele legate de dureri în zona toracică. O modalitate de a le provoca în mod voluntar constă în a cere pacientului să inspire profund și apoi să expire forțat, fără să lase tot aerul să iasă din plămâni. Dacă se practică acest exercițiu timp de câteva minute, pot să apară senzații de constricție toracică, pacientul având posibilitatea să se convingă de faptul că acestea nu sunt periculoase.

IV. Tehnici verbale de modificare a gândurilor negative și a convingerilor disfuncționale

Psihoterapeutul trebuie să analizeze cu atenție acele situații în care pacienții suferind de atacuri de panică afirmă că fenomenele de care se tem au avut loc cu adevărat (au leșinat, au căzut etc.). În urma unor întrebări formulate atent rezultă că în astfel de cazuri nu era vorba de leșin sau de cădere, ci de comportamente de asigurare (s-au lăsat să cadă pe un fotoliu sau pe o canapea, fără să-și piardă cunoștința și să se lovească).

În vederea verificării faptului că interpretările lui sunt eronate, psihoterapeutul îl va ghida pe pacient să-și adreseze o serie de întrebări menite să conducă la reatribuirea altor semnificații senzațiilor fiziologice pe care le trăiește: „De unde știi că atacul de panică va produce o catastrofă?", „Ai trăit numeroase atacuri de panică. Cum de nu s-a produs încă acea catastrofă de care te temi așa de mult?", „Ce te determină să crezi că anxietatea va produce un dezastru?", „Care sunt mecanismele prin care anxietatea îți va produce un rău atât de mare?", „Cunoști acele fenomene care pot declanșa catastrofe în plan fiziologic?", „Crezi că anxietatea face parte dintre ele?".

Terapeutul va discuta împreună cu pacientul despre erorile de logică ce apar în cursul atacurilor de panică: tendința spre catastrofizare și inferențele arbitrare, acestea funcționând pe fondul unei abilități reduse de testare a realității. Dacă pacienții care suferă de atacuri de panică sunt capabili să adreseze provocări convingerilor negative atunci când nu se află în plin atac, capacitatea lor este semnificativ diminuată când acesta are loc.

Mulți pacienți afirmă chiar faptul că în ei parcă sălășluiesc două persoane, una rațională, care realizează absurditatea gândurilor respective, și cealaltă irațională, care se simte covârșită de intensitatea trăirilor anxioase. Conștientizarea acestei situații trebuie utilizată pentru a întări necesitatea realizării experimentelor din sfera comportamentală, pentru a se confrunta în mod deschis cu teama.

V. Utilizarea jurnalelor pentru notarea gândurilor negative generatoare de panică

Jurnalele cotidiene reprezintă principala sursă de informații referitoare la eficiența tratamentului sub aspectul reducerii frecvenței și intensității atacurilor de panică. De asemenea, pe baza acestora se pot identifica mai precis interpretările eronate ale senzațiilor trăite de

subiect. Prezentăm un model de jurnal pentru notarea fenomenelor specifice unui atac de panică.

Data	Situația	Principalele senzații fiziologice	Gânduri negative (interpretări eronate)	Răspunsuri raționale alternative	Numărul total de atacuri de panică
Luni					
Marți					

Jurnalele trebuie completate de pacienți în cadrul temelor pentru acasă. În primele săptămâni de tratament se cere pacientului să completeze doar primele patru coloane, urmând ca rubrica referitoare la gândurile raționale alternative să fie completată doar după ce pacientul a izbutit să găsească o serie de contraargumente prin intermediul unor tehnici verbale și comportamentale.

VI. Identificarea contraargumentelor împotriva gândurilor negative și convingerilor disfuncționale

Convingerile disfuncționale legate de efectele catastrofale ale senzațiilor fiziologice pot fi destructurate prin intermediul provocării cu ajutorul metodei descoperirii dirijate și apoi înlocuită cu evaluări mai realiste.

Aceste convingeri ale pacienților care suferă de atacuri de panică se referă la faptul că anxietatea poate ucide, poate conduce la nebunie, leșin, atacuri de cord. Contraargumentele se adună pe baza contabilizării experiențelor care infirmă aceste convingeri, dar și pe baza experiențelor din sfera comportamentală.

Prezentăm mai jos un dialog purtat de psihoterapeut cu Manuela, o arhitectă în vârstă de 36 de ani diagnosticată cu atacuri de panică și care se teme că va face un atac de cord.

M: Atunci când intru în panică este îngrozitor pentru că îmi simt inima bătând cu putere, gata să-mi sară din piept.

T: Ce gânduri îți trec prin minte atunci când inima ta bate atât de puternic?

M: Ei bine, vă voi spune ce gândesc. Mă simt atât de rău încât mă tem că voi face un infarct. Nu este bine pentru inima mea să bată atât de puternic.

T: Cu alte cuvinte, te temi de faptul că teama îți va îmbolnăvi inima și îți va provoca un infarct.

M: Cred că îmi poate afecta inima. Am auzit că unii oameni au murit din cauza unui atac de cord produs de stres.

notarea fenomenelor

Răspunsuri raționale alternative	Numărul total de atacuri de panică

cadrul temelor pentru
re pacientului să com-
a rubrica referitoare la
ă doar după ce pacien-
nente prin intermediul

ale
catastrofale ale senzați-
iul provocării cu ajuto-
cu evaluări mai realiste.
ă de atacuri de panică
oate conduce la nebu-
se adună pe baza con-
vingeri, dar și pe baza

Manuela, o arhitectă în vârst
eme că va face un atac de cord
că îmi simt inima bătând au

ate atât de puternic?
u încât mă tem că voi face un
puternic.
bolnăvi inima și îți va provo

neni au murit din cauza unui

T: Crezi că cu cât oamenii suferă mai multe stresuri în viață cu atât le cresc șansele să moară de infarct?
M: Cred că da.
T: Cum ar fi viața dacă stresul ar conduce totdeauna la infarct?
M: Probabil că stresul nu creează chiar totdeauna probleme, poate doar la unii oameni.
T: Este adevărat, stresul le creează probleme unor oameni care au deja ceva la inimă. Mai mult, stresul nu este același lucru cu anxietatea sau cu panica apărute brusc. În momentul în care te cuprinde panica, organismul tău secretă adrenalină care, la rândul ei, face ca inima să bată mai repede, iar organismul tău să devină mai activ. Aceste fenomene te pregătesc să faci față mai bine unei eventuale primejdii. Dacă secreția de adrenalină ar produce vreun rău inimii sau organismului în general, cum crezi că ar fi supraviețuit oamenii de-a lungul timpului, confruntându-se cu atâtea primejdii? Probabil că ei ar fi pierit de mult.
M: Da, cred că aveți dreptate.
T: Putem spune deci că panica în sine nu conduce la infarct. Pentru ca acesta să aibă loc trebuie să existe ceva patologic în plan somatic. Atunci când cineva face infarct, adesea se recurge la injectarea de adrenalină direct în inimă pentru a o face să pornească din nou. Crezi că medicii ar proceda astfel dacă adrenalina ar face și mai mult rău inimii?
M: Sigur că nu.
T: Spune-mi acum cât de mult mai crezi că anxietatea și panica îți vor îmbolnăvi inima?

Barbu, om de afaceri de 42 de ani, clinic sănătos, cu tensiunea arterială în limite normale, suferă de atacuri de panică. Principala lui teamă este că va face un atac cerebral.
T: Curioști cauzele care produc un accident vascular cerebral?
B: Cred că se petrece atunci când creierul încetează să mai funcționeze.
T: Și cum se poate opri creierul?
B: Stresul poate conduce la oprirea creierului.
T: În cazul în care stresul îți poate afecta creierul, cum se face că atacurile de panică nu l-au afectat încă?
B: Dacă mai continuă așa, probabil că se va întâmpla acest lucru.
T: Se pare că îngrijorarea ta principală se referă la faptul că anxietatea îți poate produce un accident vascular cerebral. Acesta are loc atunci când o parte a creierului nu mai este alimentată cu oxigen transportat de sânge. În acest caz o parte a creierului moare. Afluxul de sânge este oprit atunci când arteriolele se contractă sau se blochează. Crezi că anxietatea poate produce așa ceva?
B: Nu prea cred, și totuși cum se produce accidentul vascular?
T: Acesta se produce din cauza unui cheag de sânge sau din cauza spargerii unui vas. Anxietatea nu produce însă așa ceva. Sper că ai înțeles de ce anxietatea nu-ți poate produce un atac cerebral.

Astfel de dialoguri stau la baza procesului de descoperire dirijată cu menirea de a prezenta pacientului noi informații care să-i spul-

bere convingerile eronate în legătură cu starea de sănătate. Procedeul începe cu identificarea precisă a temerii, relatările pacientului furnizând informații în legătură cu concepțiile și convingerile eronate ale acestuia. Aceste procedee de tip educațional reprezintă un pas important în cadrul procesului de restructurare cognitivă, ele combinându-se cu demersul de strângere a dovezilor împotriva veridicității convingerilor negative disfuncționale.

VII. Tehnica contraargumentării

Terapeutul îl va ghida pe pacient să adune dovezi care să infirme gândurile negative și convingerile disfuncționale cu privire la producerea unor dezastre în plan somatic. Contraargumentele se adună în timpul discuțiilor cu pacientul, în urma experimentelor realizate în plan comportamental, precum și a analizei altor experiențe trăite de persoana în cauză.

Prezentăm mai jos o fișă de notare a argumentelor și contraargumentelor întocmită de Diana, casnică, de 38 de ani, care suferă de atacuri de panică, teama ei principală fiind că va face un infarct.

Argumente	Contraargumente
Anxietatea îmi afectează inima.	Stresul reprezintă o problemă doar pentru persoanele care sunt deja bolnave de inimă.
Persoanele vârstnice spun că se poate muri de frică.	Oamenii care sunt supuși unui stres foarte puternic nu mor de frică (de exemplu, soldații pe câmpul de luptă).
Simt furnicături în degete și dureri în piept atunci când intru în panică.	Anxietatea și panica sunt asociate cu o secreție sporită de adrenalină. Adrenalina se administrează ca inima să pornească, nu să se oprească.
Anxietatea conduce la creșterea tensiunii arteriale, iar aceasta este nocivă pentru inimă.	Anxietatea reprezintă un mecanism de supraviețuire; ea nu face rău oamenilor. Inima mea a bătut atunci când m-am simțit speriată și totuși nu s-a întâmplat nimic rău. Atacul de panică produce o creștere temporară a tensiunii arteriale, ca și exercițiile fizice, care fac bine inimii. Doar atunci când tensiunea arterială este în mod constant prea ridicată, apar probleme medicale.

VIII. Metoda comparării simptomelor

Se utilizează în cazul acelor pacienți care au trăit experiențe cum ar fi, de pildă, cea de leșin și acestea au servit drept bază pentru interpretările eronate legate de anxietate. Metoda constă în realizarea unei liste complete a simptomelor reale și compararea acestora cu cele ale panicii. Tehnica se bazează pe faptul că experiența subiectivă a stării de leșin diferă semnificativ de cea a atacului de panică (Wells, 1999). Dialogul purtat cu pacientul se prezintă astfel:

T: Vom împărți o foaie de hârtie în două coloane. În partea stângă vom nota ceea ce ai simțit atunci când ai leșinat, iar în partea dreaptă simptomele atacului de panică. Povestește-mi cum a fost atunci când ai leșinat.

Simptomele stării de leșin	**Simptomele atacului de panică**
Totul se întunecă	–
Senzație de somnolență	–
Evenimentele se derulează mai încet	–
Senzație de căldură	Da
	Lucrurile din jur par mai strălucitoare și mai neclare
	Slăbiciune în picioare
	Tahicardie
	Uscăciunea gurii
	Anxietate

P: Eram bolnav de viroză și aveam febră foarte mare. Am leșinat când m-am îndreptat spre baie.

T: Te-ai simțit speriat?

P: Nu, deloc.

T: Ce senzații ai avut înainte să leșini?

P: Totul parcă s-a întunecat și am avut impresia că o să adorm.

T: Ai mai observat vreo trăire?
P: Da. Parcă timpul se derula mai încet. M-a cuprins și un val de căldură.
T: Să analizăm acum ce simți când te cuprinde atacul de panică. Ai senzația că totul se întunecă?
P: Nu, dimpotrivă, parcă totul devine mai luminos.
T: Ai cumva o stare de somnolență?
P: Nu, îmi este chiar imposibil să mă relaxez și totul se derulează parcă mult mai rapid.
T: Ai cumva și o senzație de căldură?
P: Da, mă cuprind valuri de căldură.
T: Iată, în sfârșit, o senzație comună celor două tipuri de stări. O vom bifa pe foaia pe care lucrăm. Ce senzații mai ai în timpul atacului de panică și care te duc cu gândul că vei leșina?
P: Am o senzație de plutire și îmi simt picioarele moi.
T: Ce înțelegi prin senzație de plutire?
P: Lucrurile din jurul meu par mai strălucitoare și parcă le văd mai puțin clar.
T: Se pare că este exact invers decât atunci când leșini, nu se mai întunecă totul, nu-i așa?
P: Da, este vorba de altceva.
T: Ce mai simți atunci când te cuprinde atacul de panică?
P: Inima mea începe să bată foarte puternic și îmi simt gura uscată.
T: Ai aceleași senzații și atunci când ești gata să leșini?
P: Nu.
T: Vom revedea acum împreună simptomele stării de leșin și cele ale atacului de panică. Seamănă unele cu altele?
P: Nu, sunt chiar foarte diferite.

Metoda interviului

Pacientul suferind de atacuri de panică este solicitat să intervieveze și alte persoane (rude, prieteni) dacă au trăit simptome asemănătoare. Tipul de întrebări și persoanele cărora li se adresează trebuie însă atent pregătite în timpul ședinței de psihoterapie.

Prevenirea recăderilor

Ultimele 2–3 ședințe de psihoterapie sunt dedicate prevenirii recăderilor, deoarece pacienții mai prezintă convingeri negative disfuncționale cu caracter rezidual, convingeri care pot să creeze vulnerabilități pentru viitor. Terapeutul va lucra acum împreună cu pacientul asupra acestor gânduri negative și convingeri reziduale, utilizând aceleași metode ca și în cazul gândurilor și convingerilor disfuncționale primare

O metodă eficientă pentru prevenirea recăderilor constă în notarea într-un jurnal a tuturor elementelor învățate în cursul terapiei: cauzele atacului de panică, factorii care îl mențin, precum și modalitățile de rezolvare a problemei. Se reia problematica cercului vicios, a rolului negativ al comportamentelor de asigurare și evitare și se realizează o trecere în revistă a metodelor și tehnicilor de combatere a gândurilor și convingerilor negative disfuncționale.

Solicitarea pacientului să noteze pe o scală de la 0 la 100 cât de tulburat se va simți la apariția unui nou atac de panică reprezintă un indicator important pentru nivelul la care s-a ajuns în urma aplicării demersului psihoterapeutic. Faptul că pacientul se mai teme că va declanșa atacuri de panică în viitor trebuie utilizat ca pretext pentru exersarea și consolidarea deprinderilor achiziționate în timpul terapiei.

Psihoterapia cognitivă a atacurilor de panică durează, în medie, 12 ședințe. Se recomandă încă două–trei ședințe la interval de două, trei luni, pentru a verifica măsura în care achizițiile terapeutice se mențin.

Abordări comportamentale ale agorafobiei și atacurilor de panică

În cazurile mai puțin severe se pot obține rezultate și prin tehnici comportamentale mai simple, care nu necesită un terapeut calificat în abordări cognitive. În prima etapă i se cere pacientului să întocmească o listă cu obiectivele tratamentului, notând acele lucruri pe care dorește să le facă, dar le evită.

Elementele trecute pe listă trebuie să aibă un caracter concret; de pildă, „să merg singură la cumpărături" este o afirmație prea vagă, în timp ce „să merg la alimentara din colț" reprezintă un obiectiv precis. Sarcinile inițiale de la care pornește trebuie să fie foarte simple, chiar banale (de exemplu, „să se deplaseze pe jos o stație de troleibuz și să stea pe o bancă timp de o oră").

Pentru fiecare agorafobie în parte trebuie alcătuit un plan personal de tratament. Iată un model de obiective psihoterapeutice stabilite la începutul terapiei:

– să stea în faţa blocului 15 minute, 30 de minute, o oră, două ore;

– să meargă până la colţul străzii şi să rămână acolo o jumătate de oră, o oră, două ore. Să nu părăsească locul respectiv până când nu s-a scurs timpul stabilit. Pacientul poate să stea pe o bancă să citească, să se uite la vitrine;

– să alcătuiască un plan al cartierului şi să marcheze locurile unde se teme să se ducă; apoi i se cere să se deplaseze în diverse zone (la poştă, la alimentara, la biserică etc.) şi să marcheze cu roşu acele zone unde a avut curajul să se deplaseze. Se urmăreşte acoperirea întregii hărţi a cartierului cu puncte roşii;

– să stea singur în casă o oră, două ore, trei ore (se porneşte de la ideea că mulţi agorafobici nu vor să rămână singuri de teamă că vor avea un atac de panică şi nu va avea cine să-i ajute).

Prezentare de caz (Fensterheim şi Baer, 1977)

O tânără femeie căsătorită, a cărei mamă locuia în blocul de vizavi, stătea singură în casă doar dacă putea să-şi contacteze telefonic fie mama, fie soţul. Când soţul pleca de la serviciu, el trebuia să-i telefoneze, spunându-i unde se duce, cât de mult va rămâne în acel loc şi să-i lase numărul la care poate fi contactat. Acelaşi lucru trebuia să-l facă şi mama ei atunci când mergea la cumpărături, la coafor sau la o prietenă. Soţul şi mama trebuiau să-şi coordoneze astfel programul încât unul dintre ei să poată fi găsit la telefon, în timp ce celălalt se afla pe drum.

Sarcina trasată pacientei a fost următoarea: pacienta trebuie să stea singură vineri viitoare, când soţul avea o întâlnire de afaceri între orele 11 şi 13 şi nu putea fi contactat la telefon. La fel şi mama, care avea programul său. În acea perioadă şi psihoterapeutul trebuia să fie plecat din cabinet. Atât soţul, cât şi mama trebuiau s-o sune pe pacientă în jurul orei 13, iar aceasta trebuia să-l contacteze pe terapeut la 13 şi 15 minute.

Pacienta a relatat că în timpul perioadei „fără telefoane" ea a simţit de mai multe ori acele stări şi senzaţii care o făceau să dea fuga la telefon: teamă, palpitaţii, senzaţie de sufocare etc. Neavând cui să telefoneze, ea a constatat cu surpriză că atacul de panică nu s-a produs, iar senzaţiile neplăcute au dispărut de la sine.

Obiectivele intermediare ale psihoterapiei sunt următoarele:

- Traversarea unei străzi largi cu circulaţie în ambele sensuri (mulţi agorafobici îşi spun în gând: „Ce se va întâmpla dacă voi leşina în mijlocul străzii?"). Se cere subiectului să traverseze strada înainte şi înapoi de 6, 10, 20 de ori, la schimbarea culorii semaforului.

- Pacientul trebuie să rămână la etajul I al unui magazin universal o jumătate de oră, o oră, două ore.
- I se cere subiectului să rămână pe peronul stației de metrou, fără să se urce în el. Este indicat să se aleagă o perioadă când stația nu este nici foarte aglomerată, nici pustie (o stație pustie poate să declanșeze alte tipuri de frici și acestea pot să fie realiste!).
- Să meargă cu liftul în jos și în sus timp de o jumătate de oră.

Obiectivele pentru un stadiu avansat al psihoterapiei sunt:

- Plimbare pe strada comercială principală la ora prânzului.
- Să meargă la etajul cel mai de sus al unui supermagazin.
- Să facă o excursie cu autobuzul sau cu trenul pe o distanță de două ore dus, două ore întors.
- Să conducă mașina atunci când traficul este foarte intens.

Pacientul trebuie să realizeze o listă cu itemii în ordinea gradului de dificultate și să utilizeze situațiile cele mai facile ca puncte de pornire. Așa cum am mai subliniat, subiectul trebuie să rămână în situație întreaga perioadă stabilită, notând ceea ce face și nu ceea ce simte el.

Prezentare de caz

Acest program a fost aplicat pacientei Cristina, de 27 de ani, căsătorită, cu studii superioare (filologie), care lucra ca traducătoare acasă, deoarece nu putea merge singură pe stradă. Cristina s-a prezentat la cabinet pentru prima oară însoțită de sora ei, care a venit s-o ia de acasă. Cele două au călătorit cu autobuzul. La următoarea întâlnire sora nu a mai venit s-o ia de acasă, Cristina așteptând-o în stația de troleibuz, care era foarte aproape. Cu altă ocazie cele două s-au întâlnit în stația de troleibuz, Cristina călătorind în spate și având posibilitatea s-o vadă pe sora ei, care era în față. Apoi surorile au schimbat locurile, Cristina călătorind în față și sora ei în spate, astfel încât pacienta nu o putea vedea cu ușurință pe aceasta din urmă. Sora Cristinei a coborât din autobuz cu o stație înainte de a ajunge la destinație, iar Cristina a mers singură cu troleibuzul într-o perioadă când nu era aglomerat și sora ei a așteptat-o la sosire.

De atunci Cristina a făcut mai multe călătorii în cursul cărora a avut relativ puține atacuri de panică, pe care le-a putut stăpâni fără să coboare din troleibuz. Începând cu această perioadă, ea a început să vină singură la cabinetul de psihoterapie. Într-o etapă ulterioară a terapiei, Cristina a început să facă excursii lungi, inițial însoțită de sora ei, apoi singură. În timpul acestora ea a mai suferit unele atacuri de panică, dar au existat și perioade în care a uitat complet de faptul că suferă de agorafobie. În urma executării sarcinilor terapeutice propuse, ea și-a

– să s
– să
oră, o
s-a s
că, ș

se

panică, asistând pasivă la derularea aces-
asă de a coborî din tren sau autobuz.

comportamentale constă în practicarea
utice, pentru că altfel se constată un regres

uie să mai aibă în vedere și următoarele:
dependent de tranchilizante sau alcool pentru că
curile de panică nu vor dispărea. Tranchilizantele nu
ate decât cu avizul medicului psihiatru și ele trebuie re-
niar întrerupte începând cu a treia expunere la situația an-
. Medicația tranchilizantă și antidepresivă poate opri pro-
rea atacurilor de panică, dar dacă subiectul nu realizează
sensibilizarea sistematică, acestea revin odată cu oprirea tratamen-
ului medicamentos

2. În cazul în care atacul de panică se declanșează în timpul practicării exercițiilor de desensibilizare, subiectul trebuie să traverseze cu calm situația fără a încerca să oprească reacția de panică, ci dimpotrivă să conștientizeze faptul că nu va cădea, nu va muri și nu va înnebuni. Odată ce învață acest lucru, atacurile de panică vor dispărea.

10 sfaturi pe care trebuie să le țină minte subiectul în timpul unui atac de panică (Fensterheim și Jean Baer, 1977)

1. Nu contează dacă subiectul se simte îngrozit, nesigur sau are o senzație de irealitate. Aceste stări nu reprezintă altceva decât exagerarea unor reacții normale la stres.

2. Deși trăiește aceste stări, nu înseamnă că subiectul este foarte bolnav. Trăirile respective sunt foarte neplăcute, îl sperie pe individ, dar nu sunt periculoase, astfel încât nu i se poate întâmpla nimic mai rău de atât.

3. Pacientul trebuie să lase trăirile respective să se deruleze, încercările de a le reprima nu fac decât să le intensifice și să le facă și mai acute. În momentul în care se declanșează un atac de panică, subiectul trebuie să inspire adânc și apoi să expire prelungit, spunându-și că stările proaste îl părăsesc. Nu trebuie luptat împotriva atacului de panică, acesta trebuind să fie acceptat ca atare.

4. Subiectul trebuie să facă tot posibilul pentru a se simți cât mai bine, fără a ieși din situația psihotraumatizantă. Astfel, dacă el se află pe stradă, se poate sprijini de un zid, dacă se află într-un magazin aglomerat, se poate refugia într-un colț mai liniștit.

5. Nu este indicat ca subiectul să adauge la panica sa gânduri negative cu privire la ceea ce se petrece („De ce nu sunt și eu la fel ca alți oameni normali?", „De ce trebuie să trec prin toate acestea?"etc.). Dacă subiectul acceptă situația ca atare, lucrul de care se teme el cel mai mult nu se întâmplă.

6. Pacientul nu trebuie să-și spună în gând faptul că se întâmplă ceva îngrozitor și că trebuie să iasă imediat din situație, ci să-și repete în gând: „Nu voi cădea, nu voi leșina, nu voi muri, nu-mi voi pierde controlul".

7. Trebuie să acordăm fricii noastre timpul necesar pentru a dispărea fără s-o luăm neapărat la fugă.

8. Pacientul trebuie să privească situațiile anxiogene, precum și trăirile sale ca pe niște ocazii pentru a exersa autocontrolul.

9. O metodă utilă constă în distragerea atenției de la ceea ce se petrece în corpul sau în psihicul subiectului. Este mult mai indicat ca acesta să privească în jur, să fie atent la clădire, la ceilalți oameni, la mașini etc.

10. Când atacul de panică se produce, pacientul trebuie să-și relaxeze corpul, să inspire și să expire profund, lăsând lucrurile să-și urmeze cursul.

Pe parcursul terapiei subiectul trebuie să se aștepte la faptul că pot apărea efecte secundare sau momente de cădere. Astfel, chiar după unele experiențe încununate de succes, pot să apară momente de depresie sau de slăbiciune, iar atacurile de panică mai pot reveni, chiar după ce subiectul este conștient de faptul că stăpânește situația.

Aceste momente de recădere se produc mai ales când subiectul este obosit, stresat din alte motive decât cele legate de anxietate și fobiile sale sau nu se simte bine sub aspect fizic. La femei, perioadele de recădere apar frecvent în timpul ciclului menstrual.

Sfaturi pentru familiile pacienților agorafobici

- Membrii familiei unui subiect agorafobic consideră de cele mai multe ori că acesta este foarte egoist. Ei manifestă resentimente față de solicitările absurde ale agorafobicului și se simt adesea manipulați. Ceea ce trebuie să afle membrii unei astfel de

familii este că suferința subiectului este reală. Chiar dacă subiectul dezorganizează serios viața de familie, el nu face acest lucru în mod intenționat, solicitările sale reprezentând încercări de a se elibera de stările neplăcute.

- Partenerul unei paciente agorafobice trebuie să o ajute, să se facă util, să-și facă timp să iasă cu ea la plimbare sau la cumpărături. El trebuie să-i propună activități suplimentare (să meargă la teatru, la expoziții etc.), fără însă a exercita presiuni asupra persoanei cu probleme. Partenerul de viață trebuie, de asemenea, să încurajeze micile progrese ale pacientului și să-i transmită în permanență un sentiment de încredere și de siguranță. Astfel, dacă acesta și-a dat întâlnire cu subiectul la o anumită oră, este indicat să nu întârzie (pentru că acest lucru poate declanșa o reacție de panică), ba chiar să vină cu puțin timp înainte de ora întâlnirii. Afirmațiile de tipul „Poți să lupți cu stările tale" sau „Încetează odată cu prostiile astea" nu ajută la absolut nimic, pentru că, dacă subiectul ar putea să lupte cu stările sale, este clar că ar face-o.
- Este mult mai indicată o atitudine mai constructivă. Micile plăceri pe care un membru al familiei le poate face agorafobicului vor contribui la diminuarea stărilor sale depresive și astfel acesta va dispune de mai multă energie psihică pentru a realiza exercițiile de desensibilizare.
- Psihoterapeuții comportamentaliști consideră că se obțin rezultate bune dacă se menține un echilibru între încurajări și îndemnurile adresate subiectului să realizeze anumite lucruri. Astfel, de pildă, dacă partenerul își întreabă soția: „Poți să mergi astăzi singură până la colț?" și ea răspunde negativ, acesta poate insista la modul următor: „Dar ce ai putea face astăzi și nu ai mai făcut până acum?"
- Este important ca membrii familiei unui agorafobic să înțeleagă semnificațiile acelor lucruri mărunte care, dacă sunt realizate, reprezintă pași importanți în direcția vindecării. Acestora trebuie să li se transmită sentimentul că sunt înțeleși, că sunt înconjurați de înțelegere și compasiune, precum și ideea că partenerul sau ceilalți membri ai familiei sunt convinși că dacă ei vor face eforturi, situația se va ameliora.
- De multe ori traversarea unor situații psihotraumatizante severe îi poate ajuta pe agorafobici să-și stăpânească tulburarea, pen-

tru că în condiții de catastrofă sau criză, ființa umană pune în acțiune toate disponibilitățile sale latente. De pildă, în lagărele de concentrare naziste, simptomele fobice au dispărut complet (Fensternheim și Jean Baer, 1977).